FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° —

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 18 février 1904, à 1 heure*

PAR

**Jean BAUMANN**

Ancien externe des hôpitaux

# LA TOUX ÉMÉTISANTE

## SON TRAITEMENT

*Président :* M. DEBOVE, *professeur.*
*Juges :* MM. JOFFROY, GILBERT, *professeurs.*
P. MARIE, *agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

**PARIS**

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

**15, rue Racine, 15**

1904

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et Chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | HUTINEL. |
| | BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils | BERGER. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT. |
| Hygiène | |
| Médecine légale | BROUARDEL |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | CHANTEMESSE. |
| | HAYEM. |
| Clinique médicale | DIEULAFOY. |
| | DEBOVE. |
| | LANDOUZY. |
| Maladie des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et sypilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| | TERRIER. |
| Clinique chirurgicale | DUPLAY. |
| | LE DENTU. |
| | TILLAUX. |
| Clinique ophtalmologique | De Lapersonne. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. |
| | PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ACHARD | FAURE | LEGUEU | TEISSIER |
| AUVRAY | GILLES DE LA TOURETTE | LEPAGE | THIERY |
| BESANÇON | GOSSET | MARION | THIROLOIX |
| BONNAIRE | GOUGET | MAUCLAIRE | THOINOT |
| BROCA (Aug.). | GUIART | MERY | VAQUEZ |
| BROCA (André) | HARTMANN | POTOCKI | WALLICH |
| CHASSEVANT | JEANSELME | REMY | WALTHER |
| CUNEO | LANGLOIS | RENON | WIDAL |
| DEMELIN | LAUNOIS | RICHAUD | WURTZ |
| DESGREZ | LEGRY | RIEFFEL (chef. des travaux anat.) | |
| DUPRE | | | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

À MA MÈRE

À MA GRAND'MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Officier de la Légion d'Honneur.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis, et nous sommes heureux de pouvoir le faire aujourd'hui, d'adresser à nos maîtres l'hommage de notre reconnaissance.

Nos premières années d'études, à l'Ecole de Médecine et à l'hôpital de Dijon, nous ont laissé un trop bon souvenir pour ne pas remercier d'abord ceux qui nous initièrent aux difficultés de la science médicale, et nous en donnèrent les premiers et principaux éléments. A MM. les docteurs Deroye, Broussolle, Cottin, Dubard, Morlot et Parizot, nous adressons l'hommage d'une sincère et durable gratitude.

Que M. le docteur Mathieu, dont nous fûmes l'externe, soit tout particulièrement assuré de notre reconnaissance. Nous sommes heureux de le remercier pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et dont il vient encore de nous donner la preuve en nous permettant de faire cette thèse sous ses auspices et en mettant à notre disposition les observations de son service.

Nous prions M. le Professeur Berger, dont nous fûmes aussi l'élève à l'hôpital Beaujon, d'accepter tous nos remerciements.

Nous conservons le meilleur souvenir des quel-

ques mois passés dans le service de M. le docteur Robin.

M. le docteur Lepage et M. le Professeur Pinard ont également droit à tous nos remerciements pour leur savant enseignement de l'art obstétrical.

Nous n'aurions garde d'oublier ici M. le docteur Belin, de Dijon, dont les sages conseils nous ont toujours été si précieux dans le cours de nos études.

Merci aussi, à notre ami Ch. Taguet, interne à l'hôpital Andral, qui a bien voulu nous diriger et nous aider de ses conseils dans l'exécution de ce travail.

Nous prions enfin M. le Professeur Debove d'agréer l'expression de notre sincère gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

# LA TOUX ÉMÉTISANTE

## Son traitement

---

### AVANT-PROPOS

Depuis longtemps déjà, les troubles gastriques si fréquents dans la tuberculose pulmonaire chronique, ont attiré l'attention des médecins. Il ne pouvait, du reste, en être autrement.

Comment ne pas s'inquiéter de ces accidents pénibles, qui impriment à la maladie une allure d'exceptionnelle gravité, par l'entrave même qu'ils infligent à l'alimentation des phtisiques, alors privés de leur suprême moyen de défense.

Aussi, ce sujet d'importance capitale, a-t-il incité les pathologistes à de multiples travaux qui n'ont pas encore complétement élucidé la question.

Nous avons eu pour but dans cette étude de bien montrer quelles relations étroites existent entre l'in-

gestion alimentaire et l'apparition de la toux. En effet, bien que notre thèse, de par son titre même, prétende traiter de la toux émétisante, de la toux qui fait vomir, il nous est impossible de ne pas nous étendre longuement sur la toux que provoque le contact alimentaire sur la muqueuse de l'estomac.

Cette considération nous permettra, dès l'abord, d'éliminer la pseudo toux vomitive des coquelucheux, qui, s'ils vomissent en toussant ne toussent pas parce qu'ils ont mangé.

C'est donc chez les tuberculeux que nous étudierons ce symptôme car eux seuls le présentent dans sa parfaite réalisation.

Quand nous aurons fait la critique des différentes théories qui prétendent établir la physiologie pathologique de la toux gastrique, quand nous aurons indiqué celle, qui à notre sens, nous paraît la plus acceptable, nous insisterons sur les moyens de thérapeutique qu'on oppose à ces néfastes accidents.

Et là encore, tous nos efforts tendront à faire ressortir l'efficacité de la méthode, qu'a mise en œuvre, notre maître le docteur Mathieu, et dont nous avons pu à l'hôpital Andral apprécier les excellents effets.

## CHAPITRE I

### Historique.

Le vomissement est le premier des troubles gastriques qui ont mis en éveil l'attention des auteurs, et de très bonne heure ses rapports avec la toux furent signalés.

En 1727, Morton, dans la première édition de ses Œuvres médicales, écrivait : « Certains phtisiques ont accoutumé de tousser le soir après qu'ils ont mangé et ils toussent jusqu'à ce qu'ils aient enfin rejeté leurs aliments ». Pour lui, c'est un des principaux signes qui permettent de dépister la tuberculose à l'époque encore incertaine de ses débuts.

En 1798 Baumes, en son *Traité de la phtisie pulmonaire*, décrit cette toux qu'avant lui Willis avait dénommée « toux gastrique », et en fait un symptôme caractéristique de la phtisie pulmonaire.

Laënnec, passe pour ainsi dire sous silence la toux et les vomissements. Il se borne à signaler la dyspepsie habituelle prémonitoire.

En 1827 Louis, dans ses *Recherches sur la phtisie*, n'exprime pas la même opinion que les auteurs précédents. « La toux seule peut provoquer le vomissement, mais rarement ».

Andral, en ses *Leçons de pathologie interne*, cite Morton. Il considère, lui aussi, la toux gastrique et les vomissements comme très fréquents dans la phtisie.

Il faut ensuite descendre le cours du siècle jusqu'en 1852 pour arriver à Bourdon, qui nous donne l'explication des troubles gastriques dans la phtisie et s'étend en particulier sur la pathogénie des vomissements. Dans l'important mémoire qu'il présenta en 1852 à la Société médicale des Hôpitaux, il insiste sur la fréquence de ces accidents au début de la tuberculose pulmonaire et sur l'élément précieux de diagnostic qu'ils fournissent au clinicien.

Brinton en 1858 reprend les idées de Bourdon et les développe dans son *Traité des maladies de l'estomac* où il consacre un chapitre à la phtisie gastrique.

En 1873 Pidoux commence ainsi une de ses leçons cliniques : « Le vomissement étant rare dans la phtisie, indépendamment de la toux, je parlerai ici du vomissement que la toux provoque chez le tuberculeux. C'est un symptôme très grave à tous les points de vue ; il peut éclairer le diagnostic et doit presque toujours imprimer au pronostic un caractère sérieux.

Le professeur Peter consacra plus tard à ces mêmes troubles une brillante leçon clinique, et c'est

en 1887 que Marfan publie un ouvrage des plus importants sur les troubles gastriques de la phtisie.

Il s'efforce dans cette thèse inaugurale de mettre au point les lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse stomacale chez les tuberculeux.

Rousseff, de Genève, le suit dans cette voie en 1890, il confirme les recherches de Marfan sans y apporter de notable changement. Mathieu, Jean-Charles Roux, reprennent la question à plusieurs reprises en 1898 et en 1903 au point de vue de la pathogénie, mais surtout au point de vue du traitement.

Signalons enfin la thèse, récemment parue du Dr du Pasquier, sur les troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire.

## CHAPITRE II

### Symptomatologie.

Il nous est facile après nous être imprégnés des façons de voir de nos grands maîtres et de nos aînés et jugeant d'après notre expérience personnelle, de donner de la toux gastrique une définition précise. Nous ne dirons pas avec Trousseau : « C'est une toux qui survient dans les affections stomacales en dehors de toute lésion des voies respiratoires ». Nous verrons, en effet, que la coexistence d'affections broncho-pulmonaires et gastriques sur un même individu est nécessaire pour fournir le symptôme qui fait l'objet de cette étude. Il nous convient d'adopter ici la définition de Pujol de Castres et de répéter après lui : « La toux est dite gastrique, quand elle semble causée par le contact des aliments avec la muqueuse stomacale ». C'est presque exclusivement chez les tuberculeux qu'on est à même de la rencontrer. De plus il est rare qu'elle ne provoque pas les vomissements. Si la toux n'est pas forcément

suivie de vomissements, celui-ci est presque toujours précédé de la quinte ; c'est-à-dire que la toux gastrique est en même temps « émétisante », pour employer l'heureux et pittoresque qualificatif que lui adjoignit Pidoux en 1873.

*Description du symptôme.*

Sa fréquence est considérable ; on le rencontre chez bon nombre des tuberculeux en traitement dans nos hôpitaux. Marfan pour son propre compte ne l'a pas observé moins de quinze fois sur 23 malades. Aussi est-il facile, à quiconque veut se renseigner exactement de le rechercher, pendant quelques jours seulement, chez les nombreux tuberculeux qui encombrent si malheureusement les services de médecine.

Les auteurs s'accordent à dire que la toux vomitive se produit presque exclusivement après le repas du soir. Il est peut-être juste de faire remarquer que les exceptions ne manquent pas à cette règle : nous avons vu des malades vomir également après les deux principaux repas ; cependant il faut avouer que cet accident se manifeste de préférence après le repas du soir.

Quelques minutes après la dernière bouchée d'aliments, quelquefois immédiatement après, plus rarement une heure plus tard, les tuberculeux en proie à cette sorte de malaise, sont pris d'une quinte de

toux sèche, pénible, qui les ébranle dans leur être tout entier. La toux se prolonge pendant quelques instants donnant au malade une sensation de déchirement de ses parois thoraciques et abdominales. Puis elle finit par aboutir au vomissement, qui se présente avec des caractères particuliers, suivant qu'on s'adresse à des vomissements du début ou de la période terminale.

Au début de la tuberculose, l'acte du vomissement n'est précédé d'aucun malaise, d'aucune nausée, il se fait sans le moindre effort. Le malade rejette ce qu'il vient d'ingérer au repas précédent, tantôt d'un seul coup, tantôt en plusieurs fois et par petites fractions. Quoiqu'il en soit, le vomissement est presque toujours total, nous voulons dire par là que l'estomac finit par se vider complétement, évacuant toutes les matières ingérées. Le malade voit alors sa toux prendre fin et de ce fait éprouve un notable soulagement.

Le plus souvent les aliments ont gardé leur aspect primitif et sont très facilement reconnaissables. Le vomissement survenant presque immédiatement après la pénétration des aliments dans l'estomac, ceux-ci en sont rejetés sans avoir subi l'action du suc gastrique. Il en est de même quand ils y ont séjourné pendant deux ou trois heures. « Pendant les plusieurs heures que les mets ont séjourné dans l'estomac, écrivait Pidoux, il semble vraiment que celui-ci n'ait pas eu la moindre action sur eux ».

Ces vomissements peuvent apparaître pendant

plusieurs jours de suite, ils durent huit ou quinze jours, puis disparaissent ensuite pour venir à nouveau inquiéter le malade au bout d'un temps plus ou moins long.

Il n'en est pas de même de la toux émétisante considérée à la période terminale de la phtisie. Les vomissements alimentaires sont moins fréquents à cette époque où souvent l'estomac présente des lésions de gastrite. Ils exigent pour se produire des efforts pénibles, la paroi abdominale se contracte alors avec violence, provoquant un état nauséeux d'une assez grande intensité.

La toux émétisante et la toux gastrique traversent côte à côte les périodes successives de la tuberculose pulmonaire chronique.

Il est assez rare qu'elles fassent leur apparition chez un sujet avant toute manifestation pulmonaire, si minime soit-elle. Dans ce cas elles constituent un syndrome prodromique qu'il est utile de connaître et dont les auteurs ont bien voulu mettre en évidence la haute valeur diagnostique.

Morton en a signalé toute l'importance.

Bourdon en fait un signe pathognomonique de la bacillose et s'attache à montrer de quel secours il est au médecin pour établir un diagnostic précoce.

Pour Pidoux, c'est un symptôme néfaste qui peut éclairer le diagnostic. Marfan lui concède autant de valeur que Bourdon.

Un individu qui tousse après avoir mangé, qui

vomit après avoir toussé, est presque à coup sûr un phtisique.

Le plus souvent, la toux suivie de vomissements affecte les malades alors que les premiers symptômes annoncent une localisation pulmonaire.

Ils constituent avec ceux-ci le syndrome gastrique initial, celui qu'en clinique nous rencontrons le plus souvent.

A la période terminale, ces accidents sont plus rares. Les vomissements peuvent à cette époque ne pas suivre la toux. De plus, ils consistent assez fréquemment en le rejet de matières muqueuses et filantes, la toux ne dépendant pas toujours de l'ingestion alimentaire.

## CHAPITRE III

### Pronostic.

---

Lorsque ces vomissements se prolongent pendant quelque temps, ils amènent un état de déchéance organique très prononcé.

De plus l'existence et la persistance de ces troubles exerce une influence considérable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Les phtisiques, en effet, qui ont la toux gastrique suivie de vomissements présentent souvent un état lamentable. Ils se voient en quelque sorte réduits à mourir de faim, rejetant au fur et à mesure, parmi les affres de la quinte, le peu d'aliments, qu'ils s'efforcent d'absorber.

Cependant, il faut bien se garder, empreints d'un pessimisme, il est vrai légitime, de porter ici un pronostic toujours fatal.

Les vomissements, en particulier ceux du début, sont ou peuvent être enrayés dans la plupart des

cas. Un traitement bien dirigé les fera rapidement rétrocéder et le malade bénéficiant des périodes de calme en profitera pour lutter plus efficacement contre le bacille fatal.

Plus réservé sera le pronostic, quand, à côté des troubles fonctionnels s'installe la gastrite avec toutes ses lésions.

Les obstacles multiples qu'elle oppose à la fonction stomacale fait perdre l'espoir que celle-ci puisse se réveiller jamais ; là encore, et malgré tout, les succès peuvent être enregistrés relativement nombreux, tant que l'intestin fonctionnera normalement.

Il est donc de toute nécessité d'entamer dès le début la lutte contre ces accidents regrettables, et pour cela nous nous attacherons à remonter à la source de ces phénomènes, en un mot à en connaître la pathogénie.

## CHAPITRE IV

### Pathogénie.

Une foule de travaux parurent sur les vomissements des phtisiques où furent présentées et discutées des théories différentes esquissant des pathogénies également différentes. Ces théories peuvent se réduire à trois principales. Ce sont tour à tour la théorie mécanique ; la théorie de l'adénopathie trachéo-bronchique ; et enfin la théorie réflexe.

1° Morton, suivi dans cette voie par Bayle, croit que les vomissements sont provoqués par les secousses violentes que la toux imprime surtout aux organes contenus dans l'abdomen.

On peut adresser à cette manière de voir la solide objection que lui fit plus tard le professeur Peter : « Comment se fait-il que les emphysémateux, les asthmatiques, dont les quintes de toux acquièrent cependant une excessive véhémence, ne vomissent jamais ? »

2° Leurs successeurs n'adoptèrent point les mêmes vues, et c'est alors qu'ils prétendirent expliquer ces phénomènes en invoquant l'altération du nerf pneumogastrique par la compression que pouvaient exercer sur lui les ganglions du médiastin, siège d'une tuméfaction spécifique.

Cette théorie, qui trouva en Guéneau de Mussy, Barety et Peter, de très ardents défenseurs, s'appuyait sur des observations antérieures de Becker et du Dr Albers de Bonn

Albers examinant, au cours d'autopsies, les cadavres de personnes atteintes de vomissements causés par des accès de toux, trouve, dans un cas, le pneumogastrique tiraillé et comme dissocié par la compression qu'exerçaient à sa surface de petits ganglions bronchiques tuméfiés et indurés. Dans d'autres cas il ne signale qu'une congestion intense du névrilème avec un aspect séreux de la substance nerveuse. Lui-même cite des observations analogues du Dr Hankel.

En 1861, Potain rapporte à la Société anatomique le cas d'une malade qui présentait dans sa vie des vomissements assez faciles. On trouva à l'autopsie que des masses ganglionnaires tuméfiées comprimaient dans le médiastin postérieur le pneumogastrique droit, auquel elles adhéraient fortement. Louis prétend, que chez la moitié des phtisiques affectés de troubles gastriques, il y a dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques.

Lebert et Fernet croient aussi ces altérations très

communes, surtout du côté du poumon atteint.

Guéneau de Mussy, et Barèty son élève, systématisèrent à l'excès cette doctrine, voulant faire dériver tous les troubles gastriques dans la phtisie, de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Barèty, plus affirmatif que son maître, consacra à l'étude de ces troubles une thèse des plus consciencieuses et des plus marquantes. « Les nerfs pneumogastriques, y écrit-il, ont assez souvent à souffrir du voisinage de ces ganglions altérés. Ils peuvent leur être unis par une simple adhérence, traduisant déjà la propagation au tissu nerveux de l'inflammation ganglionnaire. Dans certains cas, il est très ardu de détacher le ganglion du pneumogastrique qu'il semble vouloir entraîner dans sa perte ».

Varda, dans sa thèse, adopte de telles idées, expliquant par l'adénopathie trachéo-bronchique le dégoût des aliments et la toux émétisante.

Le professeur Peter, après avoir fait le procès de la théorie purement mécanique, expose dans sa 54e leçon clinique ses conceptions pathologiques du vomissement et de la toux émétisante des phtisiques. Un des premiers il s'essaie à énoncer clairement le mécanisme de la toux gastrique.

Le fait initial, c'est la présence des aliments dans l'estomac, c'est-à-dire l'excitation du pneumogastrique à leur contact.

Et puisqu'alors le malade tousse, il faut bien conclure, que l'excitation toute matérielle du pneumogastrique à l'estomac a déterminé par acte réflexe

l'excitation des filets de ce nerf qui se rendent aux bronches. S'il y a vomissement en plus, il y a acte réflexe en retour du pneumogastrique bronchique sur le stomacal.

Le pneumogastrique irrité par la compression ganglionnaire permanente est troublé dans son fonctionnement; la toux, les vomissements, les palpitations, en sont la conséquence.

Et à l'appui de ce qu'il avance, il cite le résultat de ses recherches anatomo-pathologiques. C'est à grand'peine qu'il parvient à retenir cinq cas favorables, encore n'a-t-il pu recueillir lui-même qu'une seule de ces observations suivie d'autopsie. Loin de se borner à ces déclarations, il repousse plus loin les limites relativement étroites qu'avaient assigné à la doctrine ganglionnaire ses premiers partisans; car il admet pour expliquer les vomissements au début, l'irritation des filets nerveux terminaux par les granulations tuberculeuses. De plus, il émet cette hypothèse que la toux et les vomissements ne pouvaient être provoqués par la seule irritation des vagues comprimés, il faut encore que leurs filets gastriques soient spécialement irritables, ce qui implique l'idée d'une souffrance primitive de l'estomac indépendante de l'état nerveux.

Cette dernière proposition, non dénuée d'importance, devait plus tard suggérer d'intéressantes remarques. Il n'en est pas moins vrai que de nombreux auteurs, partageant les mêmes vues, faussèrent les idées reçues et ne semblent tenir aucun compte

des élargissements apportés par le maître à la théorie primitive de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Après lui, Letulle, Lacroix, Lescarret, soutiennent la théorie nerveuse. Pour Lescarret les vomissements des phtisiques doivent trouver leur point de départ, leur levier de déclanchement, dans une irritation des portions pharyngée et laryngée du conduit respiratoire, et c'est surtout le pneumogastrique qui doit être considéré comme la voie de transmission la plus fréquente dans l'acte qui nous occupe.

Cependant en 1879, Arnozan, édifie à nouveau sur de solides fondements la théorie mécanique du vomissement.

Dans une thèse volumineuse, il en décrit les phases : Dans l'acte du vomissement, interviennent les muscles inspirateurs et expirateurs qui jouent ici le plus grand rôle. Mais leur action serait insuffisante si l'estomac n'apportait pas le secours de ses réactions complémentaires. Il ouvre son cardia, ferme son pylore, refusant toute issue aux aliments qui tendent vers l'intestin.

La mise en jeu des muscles inspirateurs et expirateurs reste cependant le phénomène important, déterminant des variations de la pression thoraco-abdominale. Après avoir démontré par des expériences concluantes que l'inspiration favorise l'aspiration des aliments contenus dans l'estomac, il croit pouvoir invoquer cette double intervention en ce qui concerne les vomissements des phtisiques et je m'en voudrais de ne pas transcrire sa curieuse inter-

prétation. Une quinte de toux survient et se prolonge et c'est au moment où elle semble devoir se terminer que le malade, la croyant passée, fait successivement quelques fortes inspirations à la suite desquelles il vomit et la quinte peut alors recommencer. D'autres fois, c'est au cours d'un accès de dyspnée survenu après le repas, que le malade, déjà livré à des mouvements inspiratoires exagérés, voit tout à coup survenir la toux et le vomissement.

Germain Sée, se fait à la suite, l'ardent défenseur de cette théorie car il repousse absolument l'origine réflexe du vomissement.

Raynal en 1881 reprend la théorie mécanique.

L'estomac étant comprimé contre le diaphragme par la contraction des muscles expirateurs et le cardia ayant perdu sa tonicité normale. Et pour prouver combien vraisemblable est son assertion, il apporte la comparaison suivante : une personne avale de travers, l'introduction des parcelles alimentaires dans le larynx provoque une toux assez violente pour expulser le contenu de l'estomac.

3° Une autre théorie se dresse cependant à côté des précédentes. Suivant celle-ci, la toux n'agirait plus mécaniquement mais elle impressionnerait le centre bulbaire qui réagirait en produisant le vomissement. C'est selon Gromier la véritable raison de ces sortes de manifestations gastriques chez les phtisiques.

Germain Sée se complaît dans un ingénieux éclectisme. Adoptant d'une part les idées d'Arnozan, il s'exprime en ces termes : « Ces efforts de toux exci-

tent le centre bulbaire expiratoire, c'est-à-dire le foyer central du nerf vague qui préside l'expiration ; l'innervation de ces muscles expirateurs étant ainsi mise en jeu, leurs contractions soulèvent l'estomac qui est toujours passif ».

Le Dr Spilmann, en sa thèse d'agrégation, nous montre comment la toux amène à vomir. Le centre nerveux, dont l'excitation produit la toux, étant très voisin de celui dont relève le vomissement, il admet que l'excitation se transporte de l'un à l'autre

Pour Hérard et Cornil, la toux agirait aussi d'une façon réflexe. L'estomac et le poumon étant innervés tous deux par le même nerf, les filets de celui-ci qui se rendent dans la muqueuse bronchique seraient irrités. L'impression ressentie serait transmise aux centres nerveux qui réagiraient sur les parois stomacales par la voie des branches gastriques de ce même nerf ou par l'intermédiaire du nerf phrénique.

Ils montrent fort peu d'enthousiasme à l'égard de la théorie ganglionnaire que Quénu avait déjà battue sérieusement en brèche en 1879. Dans cinq cas où le pneumogastrique était manifestement comprimé par des ganglions malades il n'avait pu découvrir la moindre altération du tissu nerveux après un examen microscopique approfondi.

En 1887 Marfan refuse nettement de souscrire à l'adénopathie. Ayant au cours d'auptosies pratiquées par lui-même examiné si des ganglions comprimaient le vague il n'a pu retenir un seul cas où il put affirmer qu'il en était ainsi.

Cependant il ne nie pas qu'il puisse y avoir des compressions nerveuses de ce genre, mais elles doivent être rares.

De plus, elles déterminent l'apparition d'un syndrome spécial, caractérisé par des vomissements répétés et tenaces, de la toux coqueluchoïde, de la dyspnée à paroxysme nocturne et de l'arythmie cardiaque fréquente. Tels sont, selon Marfan, les symptômes que logiquement on doit rapporter à cette compression.

Des tuberculeux vomissent parce qu'ils toussent, nous voyons par quel mécanisme cela peut s'effectuer. Mais ce que n'ont pas entrepris de nous faire comprendre la plupart des auteurs déjà cités c'est la pathogénie de la toux gastrique.

Comment se fait-il que l'ingestion des aliments puisse la provoquer ?

Les partisans de l'adénopathie ont tenté la solution du problème en faisant intervenir l'irritabilité inhérente au nerf pneunogastrique, objet de compression.

Mais, nous l'avons noté au passage, des recherches anatomo-pathologiques d'une indéniable autorité ont démontré qu'un pneumogastrique placé dans de telles conditions ne présentait dans l'intimité de ses éléments anatomiques aucune lésion appréciable à l'œil de l'observateur. De plus les cas de compression sont rares. Si cette théorie ne nous donne guère de satisfaction, il n'en faudrait pas, selon Bull,

espérer beaucoup mieux de celle qui prône l'intervention du réflexe.

Ce médecin écrivait en 1886 à Christiania :

« La toux, que l'on désigne vulgairement sous le nom de toux stomacale, mérite bien rarement ce nom. A l'heure actuelle les médecins se refusent à reconnaître l'existence d'une toux provenant de l'estomac par action réflexe ; les expériences faites sur les animaux ont toujours donné des résultats négatifs et dans la littérature médicale on ne trouve pas d'observation qui puisse faire admettre l'existence d'une toux de cette nature ». Il reconnaît cependant avoir eu, dans son service, une jeune malade atteinte d'une toux gastrique violente qui disparut presque immédiatement par un traitement qui s'adressait spécialement à l'estomac.

La toux gastrique n'est donc pas une pure entité verbale, et, vue sa fréquence, nul médecin ne doute aujourd'hui de son existence. Si cependant il est difficile d'en établir la pathogénie, je crois que l'explication qu'en fournissent notre maître le Dr A. Mathieu et le Dr J.-Ch. Roux semblera, dans sa rationnelle simplicité, d'une facile compréhension. Un rapide coup d'œil sur l'innervation de l'estomac aura vite fait de nous éclairer.

Le plexus solaire situé en avant du tronc cœliaque est constitué par un amas de ganglions nerveux qui sont les aboutissants des nerfs pneumogastrique et grand sympathique. Or ces deux nerfs envoient de nombreux ramuscules à l'estomac, et si l'on consi-

dère que le pneumogastrique innerve également le poumon on s'expliquera physiologiquement le phénomène, à première vue déconcertant, de la toux gastrique.

Chez les tuberculeux un bon nombre de filets terminaux du pneumogastrique sont lésés. L'irritation inflammatoire de la muqueuse bronchique provoque la stagnation des produits d'expectoration à leur niveau. Ce contact incessant lèse les fines ramifications nerveuses des bronchioles. La névrite ascendante amène l'irritation centre bulbaire lequel, en état d'éréthisme constant, va réagir à une excitation de quelque intensité.

Quand les aliments arrivent au contact de la muqueuse stomacale, le pneumogastrique transmet au bulbe l'irritation de ses racines, le centre alors réagit par un mouvement de défense au niveau du poumon. Ce réflexe défensif a pour but ordinaire d'amener l'expulsion d'un corps nocif inquiétant les bronches. Le but est en l'occurrence outrepassé. Ce n'est plus la toux qui provoque le rejet d'un crachat, c'est le vomissement qui chasse les éléments du repas.

S'il n'est pas absolument nécessaire que les filets du pneumogastrique soient le siège de lésions plus ou moins caractérisées au niveau de l'estomac, il est incontestable que l'irritation de sa muqueuse est un facteur puissant de la toux quinteuse, facteur que Peter et Marfan avaient déjà mis en vedette.

« En effet, ajoute le Dr Mathieu, les tuberculeux

« sont souvent dyspeptiques et accusent des trou-
« bles légers gênant leurs fonctions digestives. Ce
« sont tantôt des sensations de gêne, de gonflement,
« de pesanteur, quelquefois des brûlures et très rare-
« ment des douleurs véritables, tous phénomènes
« traduisant un état d'irritation stomacale plus ou
« moins vive ».

Presque toujours, en effet, les phtisiques affectés de vomissements, présentent à la palpation un point douloureux en une certaine région bien délimitée du creux épigastrique, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde.

Cette région, comme l'a bien montré le Dr J.-Ch. Roux, correspond profondément au plexus solaire. La pression y réveille une douleur qui n'existe pas spontanément.

Il est plus rare que l'on se trouve en présence d'une gastrite bien caractérisée avec douleurs paroxystiques. Quelques malades, cependant, avouent la grande courbure très sensible à la palpation comme cela se voit dans les cas de gastrite alcoolique.

D'après ce tableau d'ensemble, nous prenons la permission de conclure que deux facteurs s'unissent étroitement pour engendrer le syndrome : toux gastrique avec vomissements, lésions du poumon d'une part, altérations de la muqueuse gastrique d'autre part.

C'est chez les tuberculeux que ces conditions jumelles se trouvent réalisées à leur plus haut degré.

Mais ne pourrait-on s'assurer, si, chez d'autres malades non tuberculeux, la coexistence de ces lésions ne donnerait pas lieu à des manifestations identiques.

Le Dr Marfan cite le cas d'un alcoolique atteint d'emphysème avec bronchite qui présentait des troubles de cette nature.

D'autre part ne serait-il point légitime d'établir un parallèle entre la toux émétisante des tuberculeux et les vomissements après la toux d'origine gastrique chez certains coquelucheux, si nous voulons bien admettre avec le Dr Aviragnet que les enfants atteints de tels troubles sont des dyspeptiques.

Et nous rapporterons en faveur de nos vues le cas d'une jeune malade, en proie à la toux émétisante, soignée à l'hôpital Andral qui obtint sa guérison du seul régime alimentaire.

N'est-ce pas une preuve clinique du plus haut intérêt que les vomissements par la toux sont dus à l'irritation de l'estomac ?

## CHAPITRE V

### Chimisme et lésions gastriques. Leurs rapports avec la toux émétisante.

Il ne faudrait pas croire que ces vomissements provoqués par les accès de toux traduisent un état morbide défini de la muqueuse gastrique, une gastrite organisée.

Les rapports de ce symptôme à cette lésion sont loin d'être constants, par conséquent exacts. On voit bien quelquefois un certain amincissement avec ramollissement de la muqueuse, mais ici encore il y a simple coïncidence.

Ces états pathologiques existent sans les vomissements et on peut voir ceux-ci très intenses sans un état anatomo-pathologique déterminé. Telle était la façon de voir de Pidoux en 1873. Marfan, en 1881, abonde en ce sens ; et nous dirons avec lui que si de nombreux tuberculeux avec toux émétisante sont des dyspeptiques, ce n'est que fort tard qu'ils portent en leur estomac des lésions de gastrite. Elles n'apparaîtraient qu'à l'époque de la formation des cavernes, et

n'existeraient à peine que chez la moitié des dyspeptiques.

En ce cas, Marfan rapporte les lésions à une gastrite chronique intertubulaire débutant par la surface de l'espace interglandulaire.

En ce qui concerne la date d'apparition des lésions, c'est la même opinion que formule le Dr A. Robin en 1901. La gastrite chronique ne s'installe guère qu'aux périodes terminales de la phtisie alors que les poumons sont creusés de cavernes suppurantes.

Quelle peut être l'origine de cette affection ? Le docteur Audhoui incrimina à plusieurs reprises l'abondance exubérante des médicaments de toute nature employés avec plus ou moins de discernement.

La créosote, désorganisatrice par excellence du tissu glandulaire, l'alcool sous toutes ses formes, voire même le tannin, sont tout particulièrement visés dans le réquisitoire qu'il prononça contre les ennemis de la muqueuse stomacale.

Notre maître, le Dr Mathieu et le Dr J.-Ch. Roux inclinent à penser qu'il doit en être ainsi. Le Dr Marfan ne veut pas se rallier à cette hypothèse. Pour lui, la gastrite terminale des tuberculeux n'est ni le fait d'une infection ni le fait de la tuberculose elle-même. Elle serait due à l'irritation de la muqueuse gastrique par le contact des crachats très fréquemment déglutis par le malade. Les éléments vivants détruits par l'acide chlorhydrique du suc gastrique n'ont plus aucune action nocive, ce seraient des substances

chimiques mal connues, entrant dans la composition des crachats, qui joueraient un rôle actif.

Trouverons-nous la raison des phénomènes dyspeptiques initiaux dans les variations, les viciations du chimisme gastrique ?

Il est surtout intéressant de les rechercher au début de la bacillose alors que les malades sont le plus susceptibles d'amélioration et même de guérison complète.

A cette période, nombreux sont les auteurs qui ont signalé, en même temps qu'un affaiblissement de la motricité gastrique, une hypéresthénie assez marquée.

Immermann sur 41 malades observés en trouve 38 présentant une sécrétion acide exagérée.

Herzog pense qu'il en est souvent ainsi, dans les mêmes conditions.

Klemperer distingue la dyspepsie initiale accompagnée d'hyperchlorhydrie, de la dyspepsie terminale caractérisée par une notable insuffisance gastrique.

Pour Brieger, la sécrétion serait au début, aussi souvent normale qu'exagérée ou diminuée.

Schotty pratiquant l'examen du suc gastrique chez 25 malades à divers stades de la phtisie ne reconnaît pas au chimisme d'altération appréciable.

M. Hayem pour trancher la difficulté qu'il y avait à établir le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à son premier stade a fait l'analyse du suc gastrique.

Dans 28 cas de dyspepsie initiale de la tubercu-

lose il a trouvé l'hyperchlorhydrie aussi souvent que l'hypochlorhydrie.

A son avis, la bacillose n'aurait pas au début d'influence nette sur les phénomènes de la digestion. La gastropathie qui assez souvent précède les manifestations pulmonaires affecte une forme quelconque.

D'accord en cela avec de nombreux auteurs allemands et avec M. Robin, M. Marfan signale le syndrome hyperpeptique comme type de la dyspepsie prétuberculeuse, tandis que M. Albert Robin dans son *Traité des maladies de l'estomac*, distingue la dyspepsie initiale hypersthénique de la dyspepsie hyposthénique, celle qui survient au cours de la maladie.

En somme, malgré de nombreuses recherches nous ne pouvons rien conclure.

Il semble que nous ayons ici la liberté d'avancer qu'un malade, atteint de toux émétisante, peut affecter un chimisme de type indéterminé.

## CHAPITRE VI

### Traitement.

La toux émétisante est donc un accident redoutable au cours de la tuberculose pulmonaire, elle prive le bacillaire de son unique moyen de défense contre l'infection qui l'envahit ; elle contribue à la dénutrition du malade qui comptait sur l'alimentation pour trouver quelque énergie dans la lutte contre le bacille de Koch.

De plus elle fatigue le malade et lui inspire les plus grandes inquiétudes.

Grancher, n'a-t-il pas dit : « L'estomac est pour le tuberculeux le laboratoire de la guérison ». Aussi devons-nous, suivant l'expression de Peter, entourer de soins pieux les fonctions de l'estomac de ces malades.

Nombreuses sont les médications, nombreux aussi furent les insuccès.

Il serait téméraire cependant d'affirmer que la toux émétisante est à ce point rebelle au traitement. Les observations que nous avons pu recueillir dans le ser-

vice de notre maître, le Dr Mathieu, tendront à montrer que bien peu souvent, au contraire, la toux vomitive a résisté à une thérapeutique bien conduite.

Et d'abord en le cas qui nous préoccupe, quels médicaments devons-nous employer ? Quels, devons-nous de prime abord écarter ? C'est un fait d'observation courante en pathologie gastrique qu'un certain nombre de substances bien connues, ingérées à l'occasion des maladies les plus diverses, ne laissent pas que d'irriter la muqueuse gastrique. L'alcool sous toutes ses formes, le fer, les ferrugineux, le bromure de potassium, la créosote, sont rarement bien tolérés par cet organe. Tous ceux qui ont quelque peu étudié les affections gastriques peuvent proclamer la fréquence des gastrites qui trouvent leur origine dans l'usage prolongé des médicaments.

Cela est si vrai, que Volland attribue la plupart des dyspepsies tuberculeuses à l'irritation causée sur la muqueuse gastrique par l'ingestion des substances chimiques habituellement opposées à la tuberculose. C'est aussi l'opinion que notre maître, le Dr Mathieu, a exprimé maintes fois au cours de ses examens cliniques. A ce point de vue spécial du traitement nous ne partageons pas les idées des grands cliniciens qui, comme Jaccoud préconisaient la créosote, l'ennemie déclarée de nos estomacs.

Ce n'est pas qu'il soit nécessaire de supprimer la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Dans le service du Dr Mathieu on la préconise en lavements.

D'autres, Gubler, Ferrand, Lescarret, dans le dessein de diminuer l'excitabilité du nerf vague, agissent sur le système nerveux central en faisant prendre à leurs malades, quand les vomissements font partie du syndrome gastrique, 2 grammes par jour de bromure de potassium dans un julep gommeux.

Il est bien à craindre que les malades n'en tirent pas davantage de bénéfice que de l'alcool, conseillé par Tripier. D'autres, se sont adressés aux calmants habituels de la toux. Mais les narcotiques ne nous séduisent pas davantage. Ils s'entachent de l'inconvénient majeur d'anesthésier l'organisme entier, d'amener aussi une dépression générale, ils finissent aussi par provoquer une anorexie de fâcheux augure.

Or, nous devons nous efforcer ici de conserver, aussi longtemps qu'il nous sera possible, l'appétit aux dyspeptiques bacillaires et de le stimuler quand il semble s'éteindre. Devant la gravité de ses effets, l'opium sera donc entièrement écarté. Cependant son alcaloïde, la morphine, a pu donner de très beaux résultats entre les mains de cliniciens expérimentés, qui l'ont employé en injections sous-cutanées, ou en potion après les repas. Mais il faut craindre ici l'accoutumance à ce précieux médicament, chez certaines personnes nerveuses, et il ne faut pas oublier que le professeur Peter a attiré l'attention sur ce fait que nombre de malades présentant de la toux gastrique avec vomissement étaient des nerveux avérés.

M. le Professeur Debove a coutume d'alimenter ses malades tuberculeux par la sonde. C'est là cer-

tainement une excellente méthode puisque par ce moyen il a constaté que ses malades digéraient bien et ne vomissaient pas.

A quels médicaments aurons-nous recours et comment les employer avec fruit ?

Les considérations sur la physiologie pathologique de la toux émétisante vont nous amener à définir d'une façon nette et le choix des médicaments et leur mode d'emploi.

Nous avons vu quelle était l'innervation de l'estomac et quelles relations existaient entre cet organe et le poumon par l'intermédiaire du pneumogastrique et du bulbe. L'irritation causée par l'arrivée des aliments au contact de la muqueuse gastrique amène la production d'un réflexe qui sous forme de toux provoque l'expulsion des aliments.

Il suffit donc d'empêcher la production de ce réflexe et le vomissement ne sera même pas pressenti. Comment y parvenir? En anesthésiant préventivement l'estomac au moyen de produits non toxiques, et dans ce dessein nous emploierons différents médicaments, administrés d'une façon un peu spéciale.

Ces substances, cependant d'usage courant mises en œuvre par de nombreux praticiens ont donné entre leurs mains des résultats souvent peu appréciables pour ne pas dire négatifs.

Une condition simple mais importante qu'il convient de mettre en lumière, c'est l'horaire de l'ingestion du médicament et c'est là toute l'originalité de

la méthode à laquelle le Dr Mathieu attribue les plus brillants résultats.

Les tuberculeux toussent parce qu'ils mangent, ou après avoir mangé, c'est donc après les repas que le malade prendra les substances prescrites.

La glace sera absorbée sous forme de petits fragments qui doivent être avalés sans être préalablement sucés. Fondant au contact direct de la muqueuse gastrique elle lui procurera l'indifférence aux excitations alimentaires.

Actuellement et depuis quelque temps déjà, le Docteur Mathieu préfère l'usage de l'eau chloroformée saturée, médicament plus maniable que la glace, non toxique, plus fidèle et agréable au goût.

Peut-être l'eau chloroformée, grâce à son nom et à son odeur, agit-elle aussi psychothérapiquement.

Le malade prendra ce médicament avant le moment présumé de la quinte de toux émétisante. Il prendra à ce moment une cuillerée à café, un quart d'heure après, une deuxième cuillerée à café et ainsi de suite de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à 5 à 6 cuillerées à café. Cette dose ne devra pas être dépassée en 24 heures. Il poursuivra ce traitement durant une quinzaine de jours et même plus, sans avoir à se soucier du moindre accident.

Il est bon d'additionner l'eau chloroformée d'une certaine quantité d'eau ordinaire, aromatisée ou non, d'eau de tilleul ou d'une eau minérale quelconque, afin de ne pas déterminer à son passage la sensation de brûlure à l'œsophage et à l'estomac.

Lasègue, de Beurmann, Germain Sée, avaient du reste eu recours aux bons effets de ce médicament dont ils n'avaient pas précisé nettement les indications.

Il est rare que l'eau chloroformée ainsi employée ne procure pas le soulagement qu'on en attend ; quand par hasard elle échoue le Dr Mathieu prescrit l'eau bromoformée ou le menthol.

Le bromoforme, ainsi que l'a montré M. Richaud, finit par se dissoudre dans l'eau, dans des proportions assez fortes, quand on le laisse en contact avec elle pendant un temps assez long, surtout si l'on prend la peine d'agiter fréquemment le flacon. C'est ainsi que 1000 grammes d'eau distillée peuvent dissoudre 2 gr. 50, voire même 3 grammes de bromoforme. Un malade pourra dans sa journée prendre de 4 à 5 cuillerées à soupe de cette solution, c'est-à-dire 18 à 23 centigrammes de bromoforme sans le moindre inconvénient.

Le *menthol* sera prescrit dans un julep gommeux à la dose maxima de 0 gr. 20 centigrammes par jour. Le malade en prendra 2 à 3 cuillerées à soupe.

Le menthol est un médicament dont on peut attendre beaucoup, mais il est d'un emploi difficile, par le fait même de son insolubilité, d'où la précaution qu'il faut prendre de bien agiter le flacon pour l'amener dans un état aussi parfait que possible de suspension chaque fois qu'on en veut faire usage.

Dans les cas exceptionnels où les vomissements persistent malgré ces différentes médications suc-

cessivement appliquées, la morphine et la cocaïne nous offriront leur suprême concours.

Nous formulons ainsi pour l'ingestion par voie buccale :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne. . . . . | 0 gr. 05 centigrammes |
| Chlorhydrate de morphine. . . | 0 gr. 05 — |
| Eau de tilleul. . . . . | 150 grammes. |

On en prendra deux à trois cuillerées après les repas de 5 en 5 minutes. On peut permettre dix cuillerées à café par jour de cette solution. C'est en dernier ressort que nous nous adresserons à ces alcaloïdes en raison de l'influence déprimante qu'ils exercent sur l'appétit.

Pour nous résumer, il ressort de toutes ces considérations, que l'emploi de ces médicaments comporte deux conditions nécessaires pour réussir : un léger effort d'observation chez le malade qui rendra compte au médecin de l'horaire des crises.

De son côté, le médecin veillera à ce que le médicament prescrit soit absorbé au moment précis où le contact alimentaire va susciter le réflexe gastro-bulbaire. Mais là ne doit pas se borner le traitement. Nous avons vu, en effet, que les tuberculeux sont souvent dyspeptiques, ainsi prédisposés aux vomissements.

D'où l'indication bien précise d'avoir à s'abstenir de l'administration par voie buccale des substances médicamenteuses dont on use en pareil cas. C'est ainsi qu'on bannira les sirops calmants, les prépa-

rations arsénicales, les vins toniques de quinquina, kola, coca, la créosote dont les méfaits sont bien connus. On se verra même, dans quelques cas graves, forcé d'interrompre l'huile de foie de morue.

Il est hors de doute que les irritations de toute nature, au contact de la muqueuse gastrique, favorisent l'apparition de la toux émétisante, c'est-à-dire qu'il est de toute nécessité d'instituer à côté du traitement médicamenteux un régime alimentaire qui réduise à son minimum le travail de l'estomac.

Dans certains cas, particulièrement graves, où dès le début, les vomissements semblent tenaces, il conviendra, sans pour cela restreindre l'alimentation du malade, de lui faire prendre du lait en quantité suffisante, c'est-à-dire 3 litres à 3 litres 1/2 par 24 heures : une partie sera prise pure, chaude de préférence et par petites quantités à la fois, le reste sous forme de potages avec des pâtes ou du tapioca très cuit. On ajoutera à cela des bouillies au lait, des œufs gobés crus, à la coque, peu cuits, ou battus dans du lait tiède.

Plus tard, quand les accidents auront notablement diminué d'intensité et de fréquence, on pourra, diminuant la quantité du lait, varier plus agréablement le menu : on permettra la viande crue de cheval ou de mouton, hachée ou réduite en pulpe fine, toujours bien tolérée.

Les poissons de mer et de préférence les poissons maigres (sole, limande, merlan) bouillis, ou jetés dans la friture, entourés d'une épaisse gangue de

pâte dont on les débarrasse au moment du repas.

On n'interdira pas aux malades les purées de légumes secs, les légumes verts bien cuits et hachés, le poulet jeune cuit dans du bouillon dégraissé, le jambon maigre.

Le dessert consistera en fruits cuits passés et peu sucrés. Quelques gorgées d'infusions chaudes (thé léger, tilleul camomille, feuilles d'oranger) prises en mangeant, stimuleront la motricité gastrique diminuant d'autant la durée du séjour des aliments dans l'estomac.

La nécessité du régime alimentaire est si réelle, que le Dr Mathieu a vu guérir grâce à lui des malades de son service atteints de toux émétisante.

Il convient cependant d'ajouter que l'alimentation ne doit pas être abandonnée aux caprices du malade qui, réduit à ses seules forces, ne songe guère à réagir, qu'il ait beaucoup ou peu d'appétit. Le médecin après avoir formulé sa prescription médicamenteuse devra veiller à ce que son malade prenne en totalité les aliments qui lui sont permis ; il lui conseillera de manger souvent et peu à la fois. C'est ainsi que le praticien pourra s'énorgueillir des succès nombreux qu'il remporte sur la maladie.

Et nous devons, en terminant, déclarer que nous avons pu à l'hôpital Andral enregistrer les brillants résultats que nous a donnés cette méthode vraiment simple et des plus efficaces.

# CHAPITRE VII

## OBSERVATION I

J..., 46 ans, employé de bureau, lit nº 7. Vient consulter à l'hôpital Andral parce qu'il éprouve une sensation d'étouffement au moindre effort. Admis le 16 septembre 1903. Maigrit depuis quelque temps. Il tousse par crises pendant la nuit et surtout le matin au réveil. A eu une hémoptysie au commencement de l'année 1902.

On constate le soir un léger mouvement fébrile ; quelques sueurs peu abondantes pendant la nuit.

L'examen stéthoscopique révèle une tuberculose au début : Rudesse inspiratoire au sommet droit, retentissement de la toux et de la voix, obscurité respiratoire au sommet gauche, surtout en arrière.

Le malade accuse quelques légers troubles dyspeptiques : pesanteur 1/2 heure après le repas, sensation de tension au creux épigastrique, bouffées de chaleur à la face.

Le 20 octobre 1903 il se met à vomir après les repas. Dix minutes environ après le repas de midi comme après celui de 4 heures il se met à tousser d'une toux sèche pénible, quin-

teuse. Puis au bout d'un temps très court, il se produit un vomissement qui se répète, sans effort, ni nausées, quelques minutes après.

Après évacuation complète du repas le malade se sent soulagé.

On prescrit de l'eau chloroformée a prendre après le repas par cuillerées à café, quelques minutes avant le moment présumé de la quinte. Trois jours après l'institution du traitement les vomissements cessèrent avec la toux.

Leur réapparition au bout de deux jours exigea de nouveau la solution chloroformée. Au bout de dix jours, le malade était débarrassé de ses accidents.

Cependant il resta soumis encore pendant une semaine au régime du lait, œufs et viande crue. Les légers troubles dyspeptiques qu'accusait le malade au début de ces accidents s'amendèrent assez rapidement et disparurent au bout d'une vingtaine de jours. Depuis cette époque le malade gagne environ 500 grammes chaque semaine.

## OBSERVATION II

B. C..., 47 ans, vernisseuse.

Tousse depuis deux ans et se sentant extrêmement faible, vient consulter à l'hôpital Andral où elle est admise, salle des femmes, lit n° 5.

Amaigrissement assez marqué. La malade a eu une hémoptysie abondante six mois avant. Ne s'est jamais bien portée depuis ce jour. Déjà affectée de toux émétisante avant son

entrée. Lésions du second degré surtout à droite et en arrière. Le sommet droit est envahi de râles sous-crépitants ; à la base, foyer de râles sous-crépitants moins nourris qu'au sommet. Au sommet gauche en arrière, respiration soufflante. A la percussion, le sommet droit présente de la submatité en avant. Matité des deux sommets en arrière.

La malade crache peu ; les produits d'expectoration sont de couleur jaune verdâtre et contiennent de nombreux bacilles de Koch. Les nuits sont assez bonnes, les sueurs rares. L'appétit est sensiblement diminué.

Vers le 17 août 1903, la malade se met à tousser et à vomir après avoir mangé. Deux à trois minutes après la fin du repas, en général peu abondant, elle est subitement en proie à une petite toux sèche, très pénible, incoercible. Puis un léger malaise s'empare d'elle ; le vomissement se produit sans efforts amenant, par petits paquets, l'évacuation complète de l'estomac.

Le tapioca, les œufs, la viande crue, sont rejetés dans un parfait état de conservation. On prescrit de l'eau chloroformée, en faisant entendre à la malade comment elle doit l'employer, et on lui interdit tout autre aliment que le lait, à raison de trois litres par jour.

Dès le début les vomissements s'annoncent tenaces. Le creux épigastrique est très sensible à la pression, la malade sent après le repas son estomac très pesant et se plaint de brûlures quelquefois assez vives. Elle émet au moment où elle souffre le plus de nombreux renvois bruyants mais dépourvus de toute odeur. On lui apprend à réagir contre la douleur autrement que par l'ingestion de gorgées d'air. Ou moment où la gêne deviendra insupportable elle prendra une à deux cuillerées à bouche d'eau chloroformée étendue d'eau distillée. Dès le surlendemain

les renvois se font plus rares, mais les vomissements ne s'amendent pas. On prescrit cinq jours après l'eau bromoformée.

Cette fois la toux et les vomissements quittent la malade qu'on réalimente plus substantiellement quelques jours après. Les phénomènes douloureux ont disparu. Une légère gêne persiste, calmée par les boissons chaudes avec assez de facilité.

## OBSERVATION III

P..., cocher, 35 ans.

Vient au mois de janvier 1903, consulter le Dr Roux, à l'hôpital Andral.

Il ne se sent pas très malade ; ce qui l'inquiète, dit-il, ce sont des vomissements dont il souffre depuis quinze jours, en moyenne quatre à cinq fois par semaine après son repas du soir.

Le malade est un emphysémateux qui, presque tous les hivers, tousse et crache pendant environ un mois. Ses poumons, surtout le droit, sont le siège de sibilances disséminées.

Actuellement, l'estomac n'est pas douloureux et les digestions aisées, sauf une légère sensation de pesanteur après les repas. L'été précédent le malade avait des pituites abondantes, il crachait des glaires mélangées de bile pendant une demi-heure. De plus, il avait du pyrosis, et trois heures après les repas des brûlures qu'il localise au creux épigastrique, en un point sous-jacent à l'appendice xyphoïde. Jamais de vomissements. Des crampes dans les mollets et des cauchemars. En somme, symptômes permettant le faire le diagnostic de gastrite éthylique. Le malade, du reste, ne se défend pas de boire

copieusement. Il boit « comme tout le monde », 1 litre 1/2 à 2 litres de vin, deux apéritifs, sans compter l'eau-de-vie ingérée à jeun le matin. Au moment où il vient consulter à l'hôpital, il se plaint de vomissements, quatre ou cinq fois par semaine, une heure et demie après son repas du soir, sans le moindre effort, tout naturellement il vomit ce qu'il vient de manger, parmi les cahots d'une toux qui vient par quintes. Il est rare qu'il tousse dans le courant de la journée, mais le soir, la toux provoque ces vomissements où il retrouve ses aliments intacts.

Il a perdu de ce fait 4 kilogs en 15 jours.

On lui conseille de prendre du lait, moitié pur, moitié en potages, des œufs peu cuits.

L'eau chloroformée combattra avec succès ses quintes, s'il la prend selon le mode qui lui est indiqué.

Cinq jours après, le malade revient à la consultation, satisfait de son traitement ; il s'est absolument conformé aux détails de la prescription. Il n'a pas eu de vomissement pendant ces quelques jours.

N'a pas été revu depuis le 9 janvier 1903.

## OBSERVATION IV

J..., Henri, 43 ans. Mouleur en cuivre.

Depuis 5 ans, souffre d'une bronchite qui n'en finit pas. Tous les ans, il a craché du sang, a eu 5 hémoptysies dont 4 très abondantes.

Le malade est un alcoolique qui a bu beaucoup de vin. Cependant, il ne souffre que fort peu de son estomac, spontané-

ment. Il accuse des pituites le matin, au réveil et quelquefois, des brûlures très supportables. Jamais de vomissements.

Au mois de juin 1903 il se plaint de pesanteurs, de bouffées de chaleur. De plus il a de temps en temps des vomissements quand il souffre de brûlures violentes.

Vers la fin de juillet, il est pris après ses repas d'une toux sèche et fatigante qui ne ressemble pas à la toux habituelle de la journée. Puis 10 à 20 minutes après la fin du repas, il rejette sans aucun effort tous les aliments qu'il a pris et vide en une seule fois son estomac.

Ceci se produit presque tous les soirs tandis que le repas du matin n'est suivi de toux émétisante que trois fois par semaine.

Ces vomissements persistent quelque temps, en dépit du régime lacté et de l'eau chloroformée dont le malade prend un flacon de 60 grammes par jour. Au bout d'une semaine on se décide à abandonner ce médicament, quand le malade interrogé à ce sujet apprend au Dr Mathieu qu'il prend sa potion à n'importe quelle heure.

On lui explique comment il doit en user. Les vomissements se font plus rares, le malade n'en a eu que deux en huit jours. Quinze jours après, il est remis à son régime habituel, qu'il supporte sans le moindre phénomène douloureux.

## CONCLUSIONS

La toux émétisante ou toux gastrique, accompagnée ordinairement de vomissements alimentaires, est un accident assez fréquent dans les premières périodes de la tuberculose pulmonaire.

Elle est causée par le contact des aliments avec la muqueuse stomacale, et due à un réflexe causé par l'irritation des racines du pneumogastrique. Cette irritation est transmise au bulbe, qui réagit par un mouvement de défense au niveau du poumon. Deux facteurs sont donc nécessaires : Altération probable des terminaisons nerveuses dans la muqueuse gastrique et lésion du poumon.

La toux émétisante, qui peut être grave lorsqu'elle se prolonge, est notablement améliorée par le traitement préconisé à l'hôpital Andral par le docteur A. Mathieu.

Eau chloroformée saturée, diluée ou non, prise quelques moments avant la crise, par cuillerées à café, de quart d'heure en quart d'heure, ou l'eau bromoformée, quatre ou cinq cuillerées à soupe d'une solution à 2 gr. 50 pour 1000. En cas d'insuccès,

on obtiendra de bons résultats du menthol, à raison de 0 gr. 20 centigr. par jour en potion gommeuse.

Enfin, en dernier ressort, on aura recours à la cocaïne et morphine associées.

Le médecin veillera à ce que le médicament prescrit soit absorbé au moment précis où le contact alimentaire détermine le réflexe gastro-bulbaire.

M. Mathieu conseille d'éviter le plus possible la médication anti-tuberculeuse par la voie digestive, préconisant de préférence la méthode sous-cutanée et les lavements médicamenteux, de plus il institue un régime alimentaire approprié à l'état gastrique du malade.

---

Vu : le Président de la thèse,
DEBOVE

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


Albers. — Les troubles du pneumogastrique, trad. Richelot. Archives de médecine. T. V, 2me série.

Andral. — Leçons de pathologie interne. T. I. Cliniques médicales, 1834.

Arnozan. — Thérapeutique contemporaine, 1881-1884.

Barety. — Adénopathie trachéo-bronchique. Th. Paris, 1874.

Baumès. — Traité de la phtisie pulmonaire, 1798.

Bourdon. — Société des hôpitaux, 1852.

Brinton. — Traité des maladies de l'estomac, 1858.

Bull (de Christiania). — Semaine médicale, 1886.

Cazeneuve. — Thèse Paris, 1883.

Daremberg. — Traité de la phtisie pulmonaire, 1892.

Du Pasquier. — Les troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1903.

— Revue générale des gazettes des hôpitaux, juillet 1903.

Hayem. — Congrès de la tuberculose, 1893.

Herard et Cornil. — Phtisie pulmonaire, 1867.

Hérard et Hanot. — Phtisie pulmonaire, 1888.

Lacroix. — Contribution à l'étude du vomissement chez les tuberculeux. Thèse Paris, 1886.

Lescarret. — Essai sur la pathogénie et le traitement des vomissements dans la phtisie pulmonaire. Thèse Paris, 1885.

MARFAN. — Troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire. Thèse Paris, 1887.

— Congrès de la tuberculose, 1891.

A. MATHIEU. — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, 1901.

A. MATHIEU et SIKORA. — Gazette des hôpitaux, 1898, sept. octobre.

A. MATHIEU et J.-CH. ROUX. — Gazette des hôpitaux, décembre 1903.

ORY. — Thèse de Paris, 1885.

PIDOUX. — Etudes générales et pratiques de la phtisie.

POTAIN. — Société anatomique, 1861.

PETER. — Leçons de clinique médicale 1879. Leçons 38 et 54, t. II.

RAYNAL. — Thèse Lille, 1880.

ROBIN (Albert). — Traité des maladies de l'estomac, Paris, 1900.

ROUSSEFF. — Des rapports qui existent entre la tuberculose intestinale et les altérations stomacales dans la tuberculose pulmonaire. Th. Genève, 1890.

GERMAIN SÉE. — Des dyspepsies gastro-intestinales, 1881. De la phtisie bacillaire des poumons, 1884.

SIMONNEAU. — Des vomissements chez les phtisiques. Th. Paris 1881.

SPILMANN. — Th. d'agrégation, Paris, 1881.

TRIPIER. — Gazette des hôpitaux, 1881.

VARDA. — Thèse Paris, 1876.

Imp. de la Faculté de Médecine H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

423

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE